

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 106

Travail de la Clinique de Chirurgie Infantile
de l'Hôpital de la Charité

La réfection ostéoplastique du toit du cotyle
par le procédé
du Professeur Nové-Josserand

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri DENIS

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 2 Janvier 1907, à CHAROLLES (Saône-et-Loire)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

La Réfection ostéoplastique du Toit du Cotyle
par le procédé du Professeur NOVÉ-JOSSERAND



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 106

Travail de la Clinique de Chirurgie Infantile
de l'Hôpital de la Charité

La réfection ostéoplastique du toit du cotyle
par le procédé
du Professeur Nové-Josserand

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri DENIS

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 2 Janvier 1907, à CHAROLLES (Saône-et-Loire)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. BONNET, agrégé.
Clinique des maladies des enfants	chargé de cours
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	MOURIQUANT
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	VILLARD
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERA...
Chimie organique et Toxicologie	COURMONT
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	FLORENCE
Anatomie	MOREL
Histologie	MANCEAU
Physiologie	GUIART
Pathologie externe	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales	DOYON
Anatomie pathologique	IERICHE
Chirurgie opératoire	FROMENT
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	CADE
Médecine légale	FAVRE
Hygiène	FATEL
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	Etieme MARTIN
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ROCHAIX
	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

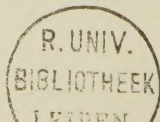
AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBRON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NOVÉ-JOSSERAND, *président*; CHALIER A., *assesseur*,
CIBERT et GUILLEMINET

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MA MÈRE CHÉRIE

Que ce modeste travail lui soit
une bien faible compensation en
retour de toute l'affection dont elle
a toujours su m'entourer.

A MON PÈRE

Sa vie toute de labeur constitue
pour moi le meilleur des exemples.

A MA FIANCÉE

En témoignage de mon immense
tendresse.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND

Chevalier de la Légion d'honneur

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile

Nous le remercions de nous avoir
permis d'exposer, ici, les résultats
de ses travaux et du très grand hon-
neur qu'il nous fait en acceptant de
présider cette thèse.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

ET DE L'HÔPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DESGENETTES

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUZET
Chef de Clinique Chirurgicale Infantile

Il nous inspira le sujet de cette thèse. Nous lui exprimons toute notre reconnaissance pour son accueil toujours bienveillant et ses conseils éclairés.

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT NAIN
Officier de la Légion d'Honneur
Chef du Service de Bactériologie à l'Institut d'Hygiène à Rabat

En témoignage de notre respectueuse gratitude. A notre entrée dans la vie militaire il nous donna de précieux conseils et soutint nos premiers efforts.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SANEROT
Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Hommage de reconnaissance.

Il guida nos premiers pas dans la carrière médicale et sut nous la faire aimer.

La Réfection ostéoplastique du Toit du Cotyle

par le procédé du Professeur NOVÉ-JOSSERAND

Introduction

Dans les luxations congénitales de la hanche, ainsi que dans les reluxations et subluxations progressives, la boiterie, les douleurs et la fatigabilité à la marche sont dues à l'absence ou à l'insuffisance de l'appui osseux entre le fémur et le bassin. Ce manque de solidarité entre le tronc et le membre inférieur, relève le plus souvent d'une anomalie de conformation du sourcil cotyloïdien. Le butoir nécessaire au maintien de la tête fémorale fait défaut, et c'est à ce manque d'appui que les chirurgiens ont, depuis longtemps, cherché à remédier par la création d'un toit osseux artificiel.

C'est Kœnig qui, vers 1890, tenta les premiers essais. Il taillait en plein os iliaque un lambeau ostéopériostique qu'il relevait ensuite pour former un butoir d'arrêt à la tête.

Le principe de sa méthode a été, depuis, repris et appliqué avec diverses modifications de technique.

En 1925, Lance, dans une série de publications, dont un important rapport à la réunion annuelle de la

Société Française d'Orthopédie, exposa la technique actuelle et ses résultats. De la diversité de toutes les méthodes précédentes, il tira une technique uniforme, réglée de façon précise et que l'on a appelée « la technique de Lance ».

Le procédé nouveau, apporté par le Professeur Nové-Josserand est basé sur la réparation spontanée du toit du cotyle après la réduction non sanglante des luxations congénitales. Il est bien évident que ce n'est pas la tête fémorale qui se creuse un cotyle dans l'os iliaque, du seul fait de la compression musculaire et de l'appui à la marche, comme le voulait Lorenz. Le Professeur Nové-Josserand, qui a bien étudié le mécanisme de reconstitution sur une pièce d'autopsie, fait jouer un rôle prépondérant aux parties molles. Une radiographie, faite précocement, ne montre pas d'emblée un toit formé. A ce moment, ce sont seulement les parties molles qui stabilisent la tête, c'est-à-dire: l'équilibre des muscles, la capsule rétractée par sa plicature supérieure et essentiellement le bourrelet glénoïdien qui a été redescendu à sa place normale par décollement de haut en bas.

C'est secondairement que l'ossification se fait au niveau du bourrelet. Au bout de huit à neuf mois, la radiographie montre des plages osseuses qui s'avancent en dehors, au-dessus de la tête et au voisinage du bourrelet. Evidemment l'appui de la tête joue un rôle considérable ; si elle ne creuse pas le cotyle, elle constitue en quelque sorte un moule sur lequel il se façonne.

L'opération classique vise au but mécanique gros-

sier : mettre une cale massive qui fixera la tête. Le Professeur Nové-Josserand s'est demandé si, chez l'enfant, on ne pouvait obtenir un *procédé plastique qui permette de recourir au processus naturel de réorganisation du cotyle, dans les cas où la hanche ne peut fournir ce travail spontané.*

Deux éléments paraissent empêcher cette réorganisation : d'une part *la capsule et le bourrelet glénoïdien*, ascensionnés, étalés sous la poussée de la tête fémorale subluxée, et d'autre part *le trouble de l'ostéogénèse* en un point normalement actif, mais que comprime la tête déplacée.

Le Professeur Nové-Josserand a pensé qu'il était possible d'agir sur ces éléments. Pour cela, il *rugine d'abord les parties molles*, les abaisse et les remet à leur place normale au niveau du toit cotyloïdien ; puis il active le travail spontané de réadaptation osseuse par *l'apport de greffes* ostéo-périostiques posées à ce niveau.

Or, le but a été atteint, et nos opérés ont refaçoné des *toits modelés* qui sont certainement plus proches de la normale que ceux obtenus par les autres méthodes.

A un tout autre point de vue, le Professeur Nové-Josserand avait éprouvé, comme tous les autres opérateurs, la difficulté de la création du toit à sa place exacte par le procédé de Lance. Le toit est souvent placé trop haut comme le montrent beaucoup de radiographies de hanches traitées de cette manière, et que nous avons eu l'occasion d'étudier. L'épaisseur de la capsule, le tendon réfléchi du droit antérieur,

la saillie de la tête empêchant de faire basculer assez bas la charnière du lambeau iliaque, l'expliquent.

Or, il s'est trouvé que l'idée directrice du Professeur Nové-Josserand a facilité la *création de ce toit au bon endroit*, d'une manière constante, grâce à la rugination de la capsule.

La méthode du Professeur Nové-Josserand

PRINCIPE

Ruginer de l'os iliaque la capsule avec son bourrelet glénoïdien pour l'abaisser, et créer ainsi un hiatus entre l'os et la capsule abaissée pour y loger des greffes demi-souples ; ces greffes apportent un matériel ossifiable, là où le toit doit se former en se modelant sous la poussée de la tête.

I. — Technique opératoire dans les subluxations

Position du malade. — La table orthopédique facilite l'opération ; le corps est incliné à 45° pour mieux présenter le champ opératoire, et la cuisse est fixée en abduction, de 45° à 90° , suivant les cas, cette attitude ayant pour but d'obtenir un abaissement momentané de la tête, de manière à faciliter la rugination capsulaire.

Premier temps. — *Prise au ciseau de greffes ostéopériostiques demi-rigides.* — Au tibia opposé (sur la table orthopédique, ou avant de mettre l'opéré sur cette table, suivant l'appareillage utilisé), on prélève 3 greffons ostéopériostiques de 6 cm. de long, 2 de large et 4 millimètres d'épaisseur, comprenant le périoste ; ces greffons sont demi-rigides pour pouvoir être aisément modelés entre deux pinces.

Deuxième temps. — *Accès à l'articulation.* — Incision de Smith-Petersen peu prolongée en arrière. On passe entre le droit antérieur et le tenseur déjeté en dehors avec son insertion ; le moyen-fessier est dégagé au-dessus du toit et refoulé en arrière.

Troisième temps. — Décollement capsulaire et pose des greffes. — On reconnaît la saillie osseuse — repérée à la radiographie — qui forme la partie supérieure du néocotyle, et la cerne au bistouri en incisant le périoste au-dessus et en arrière de la tête fémorale. Dans cette incision s'engage la *rugine qui libère la capsule le plus loin possible en bas et en arrière* ; cette manœuvre est *facilitée par l'abaissement du fémur* grâce à la mise en abduction, sans laquelle il est fort difficile de ruginer assez loin à cause de la gêne occasionnée par la saillie de la tête. Cette rugination doit être poussée très loin, jusqu'à ce que l'on crée entre l'os iliaque et la capsule, plissée sur elle-même en dehors, un hiatus profond de 3 cm. au moins et qui contourne la tête en arrière. *Dans ce hiatus sont placées les greffes* : une première, recourbée, a la forme de la tête, est engagée dans toute sa longueur à fond. Les autres greffes sont engagées soit superposées exactement, soit posées perpendiculairement, après avoir été fractionnées si elles sont trop longues, jusqu'à ce que ce hiatus soit comblé par les greffes bourrées à son intérieur et introduites avec force pour assurer leur fixité. Un point de plicature peut être fait sur la capsule.

Quatrième temps. — Fermeture et plâtre. — Il suffit alors de rapprocher les muscles par dessus l'articulation, et la fermeture de la voie d'accès se fait comme d'habitude : points solides à l'insertion cartilagineuse du tenseur du fascia lata ; surjet au-dessus de l'aponévrose des fessiers ; surjet entre le droit an-

térieur et le muscle tenseur. Points séparés de catgut sur la peau.

Le membre est immobilisé en abduction dans un plâtre roulé, fait sur la table orthopédique *en position opératoire*.

Soins consécutifs. — L'immobilisation jusqu'ici était maintenue un mois ; puis on attendait qu'en quelques jours le membre revienne en rectitude, et à ce moment on posait une culotte plâtrée de marche de deux mois.

Actuellement, après l'étude de nos résultats, nous garderons le premier plâtre durant *deux mois*, pour éviter que la réascension trop précoce de la tête au moment du retour à la rectitude permette un appui trop hâtif de cette tête sur la masse osseuse essentiellement malléable, qui risque ainsi de s'écarter sous la poussée du fémur.

A l'ablation du plâtre, nous laisserons la hanche libre.

II. — Technique opératoire dans les luxations

La méthode n'est applicable qu'aux luxations des enfants *avant 10 ans*, car, au delà, la réduction expose à des raideurs par arthrite.

La *réduction* est faite extemporanément, le malade est placé dans l'attitude de flexion abduction à 90° et l'opération s'accomplit dès lors comme dans le

cas de subluxation ; on doit seulement se méfier de ruginer assez bas la capsule, car on a toujours tendance à rester trop haut pour établir son toit.

Enfin, l'*immobilisation* ne sera pas maintenue trop longtemps : en effet, si le toit n'est pas en position parfaite, au-dessus de la tête réduite, celle-ci risque de rester définitivement en position trop basse (obs. IX). Inversement, si on laisse la hanche libre trop tôt, la tête, au moment du rapprochement, monte vers le toit qui, pas assez ossifié, ne l'arrête pas. Nous avons même vu, au bout d'un mois (obs. VII), les greffes s'éparpiller, sous la poussée d'une tête qui se reluxe. L'idéal paraît être d'*immobiliser 2 mois en abduction-flexion à 90°*, de vérifier à la radio la position du toit et de faire une *nouvelle immobilisation de 2 mois* avec l'abduction qui paraîtrait la plus apte à maintenir la tête sous les greffes, suivant un repérage radiographique.

Les résultats

Notre étude porte sur 11 cas opérés par le Professeur Nové-Josserand. Les résultats éloignés ont été constatés cinq ans après l'intervention pour quatre malades, quatre ans pour deux, deux ans pour trois et un an pour les deux derniers.

Tous ont été soumis à un examen très scrupuleux, clinique et radiographique. Nous ne nous sommes pas contentés de simples et vagues appréciations par lettres de la part des parents.

Chaque fois, nous avons pu leur faire préciser verbalement, d'une manière tout à fait impartiale, les améliorations constatées par comparaison avec l'état antérieur.

A ces onze observations, nous en ajouterons, à titre de complément seulement, trois autres, mais qui n'entrent pas dans le cadre de notre discussion, faute de résultats radiographiques récents.

Ce n'est, nous semble-t-il, qu'à ce prix, que l'on peut apporter des résultats ayant une valeur indiscutable.

Ces résultats seront envisagés au double point de vue *anatomique*, puis *fonctionnel*, et successivement pour les *subluxations* et les *luxations*,

I. — Résultats anatomiques

A. — DANS LES SUBLUXATIONS. — 6 cas.

Le toit est toujours obtenu ; il est toujours en place par rapport à la tête.

— Il est placé 5 fois sur la tête dans son ancienne position de subluxation, 1 fois sur une tête un peu abaissée (obs. I).

— On a obtenu 2 fois un toit volumineux à la Lance (obs. IV, VI), 4 fois un toit modelé (obs. I, II, III, V).

— Ce toit couvre la tête surtout en haut 2 fois (obs. IV, V), en haut et en arrière 4 fois (obs. I, II, III, VI).

B. — DANS LES LUXATIONS. — 5 cas avec réduction :

préalable 3 fois (obs. VII, VIII, XI).

extemporanée 2 fois (obs. IX, X).

Le toit a été obtenu 4 fois ; 1 fois il est un peu haut (obs. IX), chez une enfant de 8 ans, la réduction s'est trop bien maintenue et le toit s'est formé un peu haut ; la malade a été plâtrée 5 mois.

— Il est placé 2 fois sur la tête réduite complètement (obs. X, XI), 2 fois sur la tête subluxée secondairement (obs. VII, VIII).

— Le toit couvre la tête surtout en haut 2 fois (obs. X, XI), en haut et en arrière 2 fois (obs. VII, VIII).

II. — Résultats fonctionnels

A. — SUBLUXATIONS

6 malades opérés :

3 pour boiterie (obs. III, V, VI).

3 pour douleurs (obs. I, II, IV).

La boiterie. — A diminué chez les 6 malades.

Le Trendelenburg. — S'est amélioré chez 3 :

obs. I : 0 contre + avant.

obs. IV : 0 — léger avant.

obs. V : léger contre + avant.

est semblable chez 3 :

obs. II : + contre + avant.

obs. III : 0 — 0 —

obs. VI : + — + —

L'attitude vicieuse. — N'existe jamais.

La mobilité. — Est identique chez 2 (obs. I, V), augmentée chez 3 en ce qui concerne l'abduction et l'adduction (obs. III, IV, VI), diminuée légèrement en abduction chez 1 [170° contre 150°] (obs. II).

La solidité. — Est égale chez 1 (obs. V), augmentée chez 5 (obs. I, II, III, IV, VI).

La capacité. — Est égale chez 2 (obs. V, VI).

Augmentée chez 4 :

obs. I : la malade mène la vie de ménage.

obs. II : la malade a pu rester debout 9 h.

obs. III : la malade peut faire 6 kms.

obs. IV : la malade peut faire 15 kms.

Les douleurs. — Ont complètement disparu chez les 3 malades qui en avaient.

Appréciation familiale. — Les parents trouvent une différence « légère » dans un cas (obs. V), « grande » dans tous les autres cas, et même « énorme » pour le malade de l'observation IV.

Existe-t-il un parallèle entre les résultats fonctionnels et l'état anatomique ? — Souvent, nous avons vu des toits faits par le procédé de Lance qui étaient trop hauts, et cependant les malades avaient eu, pendant plusieurs années une grosse amélioration. Il faut donc se méfier de l'appréciation des seuls résultats fonctionnels et établir leur comparaison rigoureuse avec l'état anatomique.

Ici, il nous semble qu'il nous soit permis d'affirmer ce parallélisme. Dans un cas seulement (obs. V), on n'a constaté que peu d'amélioration fonctionnelle surtout en ce qui concerne la capacité. Or, précisément, la radiographie montre un toit assez bon, modelé sur la tête, mais cependant un peu petit et de ce fait pas assez solide. Dans tous les autres cas, les résultats fonctionnels meilleurs découlent naturellement de résultats anatomiques bons. On ne pourra invoquer ici une amélioration passagère, succédant immédiatement à l'intervention et résultant du traumatisme opératoire, de la mise au repos de l'articulation, puisqu'il s'agit le plus souvent de résultats anciens.

B. — LUXATIONS

5 malades opérées :

3 ont au-dessous de 10 ans (obs. VII, VIII, IX).

2 ont au-dessus de 10 ans (obs. X, XI).

La boiterie. — Est identique chez 2 malades (obs. VII, X), a diminué chez 3 (obs. VIII, IX, XI).

Le Trendelenburg. — Est identique chez 2 :

obs. IX : + contre + avant.

obs. X : + — + —

A diminué chez 3 :

obs. VII : 0 contre + avant.

obs. VIII : ébauché contre ++ avant.

obs. XI : 0 contre + avant.

L'attitude vicieuse. — Existe chez 2 (obs. X, XI) qui ont fait de l'arthrite après réduction, ayant nécessité une ostéotomie.

La mobilité. — Est identique chez 3 (obs. VII, VIII, X), diminuée chez 1 (obs. XI), augmentée chez 1 (obs. IX).

La solidité. — Est peu augmentée chez 1 (obs. X), augmentée chez 4 (obs. VII, VIII, IX, XI).

La capacité. — Est augmentée chez les 5 malades :

obs. VII : la malade fait 8 kms.

obs. VIII : la malade fait 5 kms.

obs. IX : la malade fait 3 h. de marche.

obs. X : la malade fait les foins.

Les douleurs. — Ont disparu complètement.

Appréciation familiale. — Les parents trouvent une différence :

« grande » dans 3 cas (obs. VII, IX, X).

« moyenne » dans 2 cas (obs. VIII, XI).

Ici encore, y a-t-il parallèle entre l'état anatomique et la fonction ? — Il faut mettre à part la malade de l'observation IX ; son toit paraît trop haut ; cette malade, dont la tête est restée bien réduite, a le résultat d'une réduction par manœuvres externes. Bien qu'on puisse supposer par les clichés successifs, que les greffes aient favorisé la réfection d'un cotyle ovalaire, cette observation est considérée plus haut comme un échec relatif.

Des 4 malades qui restent, toutes ont un toit efficace, spécialement 2 malades qui ont fait une arthrite sévère (obs. X, XI), à cause de leur âge, et chez lesquelles le toit est presque semblable à celui d'une hanche normale. Chez ces 4 il est bien évident que la fonction est en rapport avec la formation d'un bon appui osseux.

Y a-t-il un avantage à pratiquer la réduction des luxations avant de les greffer ? — Chez les 5 malades, la réduction a été obtenue, mais chez 4 seulement le toit a été vraiment efficace de ce fait.

Dans 2 cas, la tête réduite a réascensionné légèrement (obs. VII, VIII) et grâce à cela est venue buter contre le toit qui eût autrement été trop haut. — Dans un troisième cas, en effet, la tête étant restée en position basse, le toit fut un peu haut (obs. IX), et s'il a sans doute joué un rôle, celui-ci n'est que partiel.

Dans les 2 derniers cas (obs. X, XI), la tête a été réduite en place sous un toit placé très bas ; malheu-

reusement il y eut arthrite sévère : c'est qu'il s'agissait d'enfants de 11 et 12 ans.

La réduction a donc été *nuisible par elle-même* chez 2 enfants trop âgés ; l'arthrite n'a rien à voir avec la création du toit. *Chez les 3 autres, âgés de moins de 10 ans, la réduction a été utile*, mais au point de vue toit, deux fois seulement la tête est plus basse sous un toit bas situé. Une fois le toit est inutile. Il en résulte que la réduction, dans les luxations, est mauvaise chez les enfants de plus de 10 ans ; que chez les plus jeunes, elle est utile, mais qu'il faut surveiller spécialement la pose du toit en place exacte.

Addendum

Trois malades, opérés par la méthode du Professeur Nové-Josserand, n'ont pas été étudiés précédemment, car les documents précis nous manquaient.

Il s'agit de deux enfants de 10 ans (obs. XII) et 14 ans (obs. XIII) et d'une adulte de 28 ans (obs. XIV). Une a été opérée pour boiterie (obs. XII), les deux autres pour douleurs (obs. XIII, XIV).

La boiterie a diminué chez les 3 malades.

Le Trendelenburg s'est amélioré chez une (obs. XII) : 0 contre + avant ; est resté identique chez 2 (obs. XIII, XIV).

L'attitude vicieuse n'existe jamais.

La mobilité est identique chez 2 (obs. XII, XIII), augmentée chez 1 (obs. XIV).

La solidité est augmentée chez 2 (obs. XII, XIII), identique chez 1 (obs. XIV).

La capacité est augmentée chez les 3 malades.

Les douleurs ont disparu chez les 2 malades qui en présentaient (obs. XIII, XIV). Par contre apparition de douleurs passagères chez la malade de l'observation XII qui n'en présentait pas avant l'opération.

Ces 3 malades sont dans l'ensemble améliorées ; il est regrettable que nous n'ayions pas des clichés radiographiques récents qui nous permettraient de comparer les résultats anatomiques et fonctionnels.

Indications de la méthode

L'opération du Professeur Nové-Josserand s'applique *essentiellement aux enfants* ; bien qu'elle ait donné un bon résultat fonctionnel chez une adulte, nous estimons qu'elle demande un travail de réadaptation osseuse que l'adulte paraît moins apte à fournir que le jeune et que le toit massif, rigide d'emblée, est plus sûr après l'adolescence.

Chez l'enfant jusqu'à 12-13 ans, la *subluxation de tous degrés* en est l'indication type ; le toit se fera là où il manque, sur la tête déplacée, l'abaissement momentané du fémur n'ayant pour but que de faciliter la technique. En pareil cas, nos résultats ont été bons d'une manière constante.

Dans les luxations : avant 10 ans, c'est-à-dire à l'âge où la réduction ne déclenche habituellement pas d'arthrite ultérieure avec attitude vicieuse tenace en flexion-abduction, la méthode est indiquée lorsque la réduction est peu stable, ou que, à la radiographie, le peu de profondeur du cotyle fait prévoir qu'une bonne restauration est douteuse. La réduction est alors faite avant d'opérer et les suites sont simples.

Après 10 ans au contraire, la méthode n'est pas indiquée, car la réduction expose alors aux raideurs par arthrite et il vaut mieux employer des opérations de butée qui n'exigent pas la réduction préalable.



FIG. 1

FIG. 2

FIG. 3

FIG. 1. — M..., hanche gauche, 12 Décembre 1927 (Obs. I.)

FIG. 2. — M..., hanche gauche, 20 Janvier 1928 (Obs. I.)

FIG. 3. — M..., hanche gauche, 5 Août 1932 (Obs. I.)

Observations

OBSERVATION I

M... Fille, 10 ans 1/2. Luxation gauche réduite à l'âge de 3 ans. Subluxation forte à 10 ans, douloureuse à la fatigue.

A 10 ans 1/2, le 12 décembre 1927, l'examen révèle une attitude normale, un raccourcissement d'un demi-centimètre. — Les mouvements d'adduction et d'abduction sont partiellement limités. — Trendelenburg léger. — Boiterie au bout d'un quart d'heure de marche.

La radiographie montre une subluxation forte avec cotyle plat et petite facette au niveau de l'arête du toit. (Pl. I, fig. 1).

Intervention le 19 décembre 1927, avec abaissement par mise en abduction. — Grand plâtre en abduction que l'on enlèvera en mars 1928.

Le 20 janvier 1928. — *La radiographie* montre en abduction la tête complètement abaissée ; les copeaux ostéo-périostiques se voient dans l'espace ruginé entre l'os iliaque et la capsule ; ils sont exactement au-dessus de la tête. (Pl. I, fig. 2).

La rectitude du membre inférieur n'est obtenue

La tête présente deux saillies : l'une externe assez décalcifiée, une interne qui s'encastre dans un néo-cotyle formé par la fosse iliaque et en dehors l'éperon précité. Cette déformation explique la limitation de l'abduction à 170°.

OBSERVATION III

B... Fille 8 ans 1/2. — Luxation bilatérale réduite à 2 ans 1/2. Récidive à droite à 3 ans 1/2: mise en traction pendant 1 mois. Jusqu'à l'âge de 7 ans, l'enfant ne boite pas.

La boiterie réapparaît et augmente à 8 ans, sans douleurs.

A 8 ans 1/2, le 28 octobre 1930. — L'examen nous montre une attitude en abduction légère, un raccourcissement de 1/2 cm. Tous les mouvements sont diminués sauf la flexion qui est complète. — Trendelenburg négatif. — Boiterie accentuée.

Radiographie — Subluxation ; cotyle complètement éculé avec néo-facette un peu au-dessus du cartilage en y. Tête assez écartée en dehors. Epiphyse légèrement tassée. (Pl. II, fig. 1).

Intervention le 29 octobre 1930, avec mise en abduction-flexion à 90°. Plâtre pendant 1 mois. Culotte plâtrée en rectitude pendant 2 mois.

Le 2 janvier 1932. — La malade marche ; sa hanche est indolore ; elle évite le surmenage. Trendelenburg négatif.

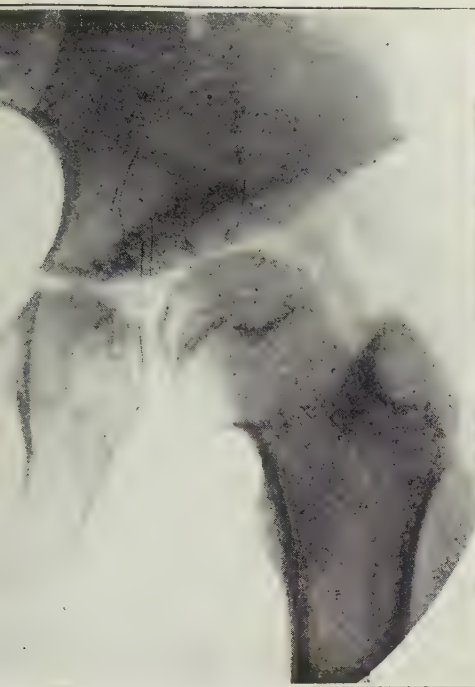


FIG. 1

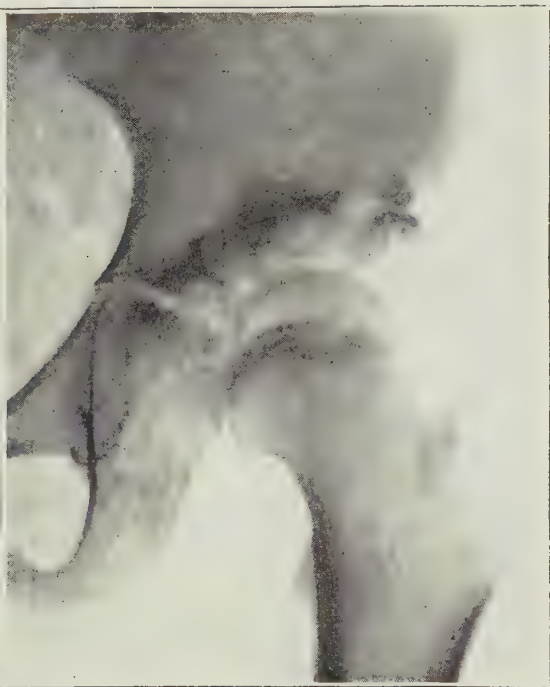


FIG. 2

FIG. 1. — B..., hanche droite, 28 Octobre 1930 (Obs. III)

FIG. 2. — B..., hanche droite, 17 Septembre 1932, (Obs. III)



FIG. 3

C..., hanche gauche, 23 Août 1932 (Obs. IV.)

Le 17 septembre 1932. — Attitude correcte. — Raccourcissement : 1 cm. Mouvements : flexion normale. Adduction normale. Abduction : 140°. Rotation externe réduite de moitié. Rotation interne possible aux 2/3. — Trendelenburg négatif.

Boiterie très minime augmentant un peu le soir si la malade se lasse, mais moindre qu'en janvier précédent. — La malade mène une vie normale, n'a jamais souffert. « Résultat net, grande différence d'avant ; boite moins, ne souffre pas, marche plus longtemps, a fait 6 kms sans lassitude. »

La radiographie montre un toit modelé, recouvrant les 3/4 supérieurs de la tête. Le toit ne déborde pas énormément en dehors de l'os iliaque. Il donne l'impression d'une très bonne coaptation sur la tête qu'il déborde en arrière. Celle-ci a la même situation qu'autrefois en hauteur. (Pl. II, fig. 2).

OBSERVATION IV

C... Fille, 11 ans. — Boiterie de fatigue à gauche progressive jusqu'à 11 ans et devenue douloureuse à ce moment.

A 11 ans, le 26 novembre 1930. — L'examen nous montre une attitude correcte, un raccourcissement de 1 cm.

Les mouvements sont légèrement diminués, surtout l'extension forcée et la rotation. Le Trendelenburg est ébauché, la boiterie légère.

La radiographie montre une subluxation forte avec facette adaptée dans le haut du cotyle.

Intervention le 1^{er} décembre 1930. — Avec mise en abduction. Plâtre à 90°, puis culotte plâtrée.

5 juin 1931. — Excellente fonction. Trendelenburg ébauché. Toit parfait.

23 août 1932. — Bonne attitude. Raccourcissement : 1 cm. Mouvements : flexion : 60° ; abduction : 140° ; adduction : 150°. Rotation interne : 160°. Rotation externe : 140°. — Trendelenburg négatif.

La malade ne boite pratiquement pas ; elle mène une vie normale, n'est jamais lasse. La hanche est indolente. Au surmenage l'enfant balance un peu le tronc. Elle fait 15 kms sans troubles.

« Différenec énorme ; fait comme ses compagnes. »

La radiographie montre un toit superbe, en éperon, qui continue régulièrement la courbe du fond du cotyle (Pl. II, fig. 3).

OBSERVATION V

B... Fille, 6 ans. — Ancienne luxation bilatérale réduite à 23 mois, en août 1926. — Subluxation moyenne qui progresse à droite sans phénomènes douloureux. — La radiographie montre en avril 1928 une subluxation en haut avec un toit effacé recouvrant la moitié de la tête. Mise d'un appareil de traction la nuit qui amène une disparition de la boiterie et du Trendelenburg. Marche normale.

Le 25 février 1931. — Réapparition d'une légère boiterie. Attitude normale. Pas de raccourcissement. — Trendelenburg négatif.

La radiographie montre une subluxation avec petite facette au niveau de l'arête du toit. La tête n'a qu'un très minime appui.

Le 2 mars 1931. — *Intervention*, avec abaissement par abduction. La bourse produite par le décollement est ici minime ; on y loge trois petits greffons, longs de 2 cm. — Plâtre en abduction à 90°.

Le 28 mars. — La radiographie montre une tête abaissée avec de très petites greffes à 1 cm. 5 au-dessus d'elle.

Le 2 juin. — Ablation du plâtre. La tête remonte et façonne un toit petit mais arqué.

Le 13 août 1932. — Attitude bonne. — Raccourcissement : 3/4 cm. — Mobilité complète, même exagérée. — Trendelenburg léger. — Boiterie persistant, légère le matin, augmentant le soir avec la fatigue, s'accompagnant d'une bascule du tronc.

La mère ne trouve pas de différence sensible, sauf que, à la fatigue, la boiterie avec plongeon latéral serait un peu moins marquée. Faisant deux fois aller et retour un trajet de 800 m., la malade doit la deuxième fois s'arrêter deux fois.

La radiographie montre une néo-facette modelée sur la tête, au niveau de l'ancienne surface de contact. Un petit éperon osseux débordé sur l'épiphyse dont les 3/4 internes sont recouverts ; mais l'avant-toit n'est pas considérable.

OBSERVATION VI

G... Fille, 9 ans. — Luxation gauche réduite à 23 mois, le 16 décembre 1924. — A droite légère subluxation également réduite.

Traitement terminé le 10 mars 1925. — Le 4 novembre 1926, il persiste une légère asymétrie de la démarche à gauche avec une légère ébauche de Trendelenburg. — La tête paraît en place, mais fait une saillie un peu exagérée en avant. — Aucun raccourcissement.

La malade est revue à 9 ans, en *novembre* 1931 ; depuis un an, en effet, sa boiterie s'est accentuée ; c'est une boiterie de flexion. — Légère attitude vicieuse en flexion et abduction. — La flexion est inférieure à 145° , l'abduction et l'adduction sont très réduites, ainsi que la rotation.

Le Trendelenburg est positif. — Raccourcissement : 1 cm.

La radiographie montre une subluxation avec un néo-cotyle qui s'adapte au niveau de l'arête du toit.

16 *novembre* 1931. — *Intervention*, avec mise en abduction du membre, mais on ne fait aucune manœuvre de réduction.

On fait un plissement capsulaire. — Plâtre en abduction.

20 *février* 1932. — Ablation du plâtre. Démarche très hésitante et raide avec attitude vicieuse en flexion à 150° .

16 septembre 1932. — Attitude correcte. — Raccourcissement : 1 cm. 5. — Mouvements : flexion : 105° ; abduction : 135° ; adduction : 145° . Rotation interne : 170° . Rotation externe : 120° .

Trendelenburg positif. — Boiterie minime avec inclinaison du tronc augmentant à la course. — La mère trouve que la boiterie avec inclinaison du tronc serait moins marquée qu'avant. L'enfant marche comme avant, ne souffre pas. « Il y a une grosse différence. »

La radiographie montre un toit volumineux, couvrant complètement la tête juste à son contact. Le toit est situé dans le prolongement de l'ancien néocotyle et il se forme une surface articulaire bien arrondie qui déborde au delà de la tête.

OBSERVATION VII

M... Fille, 7 ans. — Boiterie à droite à 6 ans ; lassitude à la marche et douleurs à 7 ans.

La malade est vue à 7 ans, le 16 mars 1928. — A l'examen on note une attitude correcte. — Raccourcissement : 2 cm. — Abduction légèrement limitée. — Trendelenburg positif. — Boiterie peu accentuée avec plongeon pelvien à peine ébauché.

La radiographie montre une luxation avec néocotyle dans le bas de la fosse iliaque.

On pratique une réduction préalable.

Le 21 mars 1928. — Intervention et plâtre.

La tête se subluxe en avril suivant ; on réduit et on immobilise en abduction.

Le 5 juillet 1928. — L'enfant laissée libre commence à marcher.

Le 5 août 1932. — Attitude correcte. — Raccourcissement : 1 cm. 5. Mouvements : flexion normale ; abduction : 150° ; adduction : 135°. Rotation externe : 135°. Rotation interne 135°.

Trendelenburg négatif.

La malade talonne légèrement ; la course est excellente. L'enfant mène une vie normale, sans douleurs ni lassitude ; elle fait 8 km. sans peine.

La radiographie montre un excellent toit, bien modelé sur la tête, débordant en arrière d'elle. La tête est abaissée, n'étant plus que subluxée. Le néo-cotyle s'est formé au-dessus du cartilage en y. On devine le vestige de l'ancien néo-cotyle de la hanche luxée. Le toit est bien au-dessous de lui et l'espace compris entre eux est comblé par du tissu osseux dense.

OBSERVATION VIII

V... Fille, 7 ans. — Boiterie gauche à 5 ans avec lassitude puis douleurs après 1/4 d'heure de marche.

L'enfant est vue à 7 ans le 18 septembre 1930. — A l'examen on note une attitude correcte. — Raccourcissement : 1 cm. 5. — Abduction très limitée (20° au maximum) ; tous les autres mouvements sont libres.

PLANCHE III

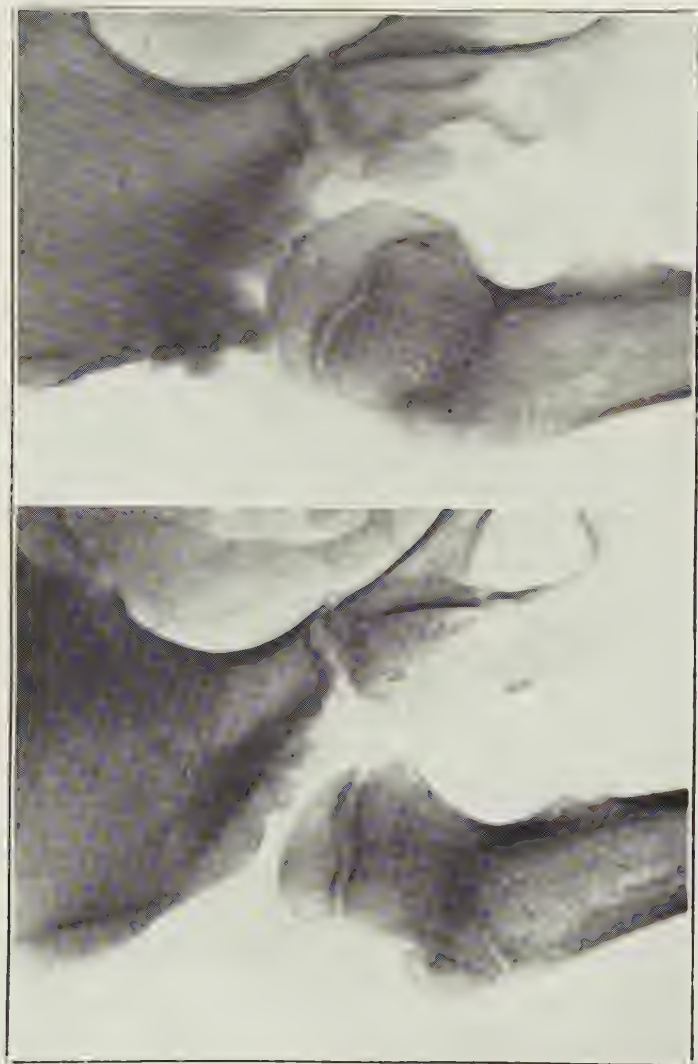


FIG. 1

FIG. 2

FIG. 1. — V..., hanche gauche, 18 Septembre 1930 (Obs. VIII)
 FIG. 2. — V..., hanche gauche, 5 Août 1932 (Obs. VIII).

Trendelenburg très positif. — Boiterie avec inclinaison latérale gauche.

La radiographie montre une luxation légère avec cotyle complètement éculé ; à peine une néo-facette plate au niveau de l'ancienne arête du toit. (Pl. III, fig. 1).

Le 24 septembre 1930. — Réduction dans un premier temps en raison de la rétraction des adducteurs. — Plâtre.

Le 7 novembre 1930. — *Toit.* — La taille des greffons ostéo-périostiques est rendue difficile parce que l'os est très compact ; de ce fait les greffons sont anormalement minces.

29 février 1931. — Attitude en abduction à 160° et rotation externe 135° . Peu de mobilité. — Raccourcissement : 1 cm. — Trendelenburg négatif. — Marche raide, sans douleurs.

5 août 1932. — Attitude correcte. — Raccourcissement : 1 cm. — Mouvements : flexion : 85° ; abduction : 165° ; adduction : 170° . Rotation interne : 150° . Rotation externe : 150° .

Trendelenburg ébauché. — La malade boite moins, incline moins le tronc, se lasse moins, ne souffre plus.

La boiterie augmente après 5 ou 6 km.

La radiographie montre un gros toit qui couvre complètement la tête en haut et la déborde en arrière. Ce toit est un peu au-dessus de l'arête normale, mais bien en contact avec la tête qui est abaissée par rapport à l'ancienne position. (Pl. III, fig. 2).

OBSERVATION IX

R... Fille, 8 ans. — Légère luxation gauche. Vue à 8 ans, le 13 octobre 1927, pour boiterie qui augmente progressivement sans douleurs. — Raccourcissement : 2 cm. 5. — Limitation de tous les mouvements, en particulier de la rotation interne.

La radiographie montre une luxation avec néo-cotyle au-dessus de l'arête du toit à peine ébauché. (Pl. IV, fig. 1).

Le 21 octobre 1927. — *Toit après une réduction facile.* — Plâtre en abduction-flexion pendant un mois, puis Ducroquet jusqu'en mars 1928.

Suites immédiates simples.

Le 19 août 1928. — Démarche solide avec légère boiterie de flexion et raccourcissement. — Attitude vicieuse en flexion à 160°.

Mouvements de flexion-extension de 20°, d'abduction-adduction de 35°. Raccourcissement : 1 cm.

13 août 1932. — Attitude bonne. — Raccourcissement : 1 cm.

Mouvements : flexion complète. Adduction à 135°. Rotation externe : 135°. Rotation interne : augmentée.

Trendelenburg positif. — Boiterie légère avec minime inclinaison du tronc.

L'enfant est placée comme domestique et fait des courses. Après 3 heures de marche, apparition de douleurs légères passant rapidement ; la boiterie augmente avec la lassitude et devient forte, mais moins qu'avant l'opération.

PLANCHE IV



FIG. 1

FIG. 2

FIG. 1. — R... hanche gauche, 13 Octobre 1927 (Obs. IX)

FIG. 2. — R... hanche gauche, 13 Août 1932 (Obs. IX)

La mère « trouve une différence nette d'avant l'opération ».

La radiographie montre une luxation réduite avec une tête en coxa plana et un cotyle très oblique. Le bout du cotyle présente un léger éperon formé au dépens des greffes. Au-dessus de lui, vestiges d'anciennes greffes trop haut placées. Il est évident qu'il s'agit d'un résultat de réduction, mais que les greffes, si elles n'ont pas formé un toit parfait, ont facilité une meilleure réadaptation du haut du cotyle actuel. (Pl. IV, fig. 2).

OBSERVATION X

D... Fille, 12 ans. — Luxation gauche réduite sans particularités à 3 ans, le 11 avril 1918. Suites normales. — En 1923, à 8 ans, apparition de quelques douleurs, passagères d'abord, se précisant au bout de quelques mois et s'accompagnant de boiterie légère. Sous l'influence du repos relatif, amélioration pendant 2 ans, où les douleurs ont cessé avec persistance d'une légère boiterie. A 11 ans, celle-ci augmente en s'accompagnant de gonalgies. La malade est vue à 12 ans, en novembre 1927. Sa capacité de marche ne dépasse pas 1/4 d'heure. Elle ne présente aucune attitude vicieuse. Pas de raccourcissement.

La radiographie montre une luxation légère avec néocotyle à peine ébauché au-dessus de l'ancien toit. (Pl. V, fig. 1).

21 novembre 1927. — *Réduction et toit.* — Plâtre pendant 1 mois.

En décembre, le toit est bien en place ; mais le membre inférieur est en forte abduction et rotation externe.

11 juin 1928. — *Ostéotomie œ redressement.*

15 septembre 1928. — La radiographie montre un petit toit se façonnant en très bonne place.

13 août 1932. — Grosse crosse fémorale. — Raccourcissement : 3 cm. 5.

Mouvements : flexion : 130° ; abduction à 165° ; adduction à 165° . Rotation interne : nulle. Rotation externe : 160° .

Trendelenburg positif. — Les fessiers sont faibles. — Boiterie avec légère inclinaison, moins marquée quand la malade n'est pas lasse, et augmentant le soir. La malade ne souffre jamais ; elle a fait les foins sans lassitude plus marquée que du côté sain. « Elle boite comme avant, mais ne souffre plus ; grosse différence », dit la mère.

La radiographie montre une tête réduite complètement. Le toit du cotyle est bien modelé au-dessus de la tête. Le cotyle ressemble à un cotyle normal. L'extrémité supérieure du fémur est déformée ; elle est en rotation externe et abduction, et l'on voit le vestige de l'ostéotomie au-dessus du grand tranchanter. (Pl. V, fig. 2).



FIG. 4



FIG. 2

FIG. 4. — D... hanche gauche, Novembre 1927 (Obs. N.)
 FIG. 2. — D... hanche gauche, 13 Août 1932 (Obs. N.)

OBSERVATION XI

S... Fille, 11 ans. — Luxation double réduite à 2 ans 1/2, en 1918, ayant récidivé à gauche deux ans après, et étant devenue douloureuse progressivement. — A 10 ans, en novembre 1927, l'examen révèle un raccourcissement de 4 cm., un Trendelenburg très positif et une grosse boiterie.

La radiographie montre une luxation avec néocotyle esquissé dans le bas de la fosse iliaque.

Le 7 novembre 1927. — Réduction préalable assez facile.

Le 16 novembre. — Toit. — Plâtre à 90°.

Suites pénibles du fait de la raideur de la hanche contracturée et demeurée en attitude vicieuse d'abduction ; phénomènes douloureux. — Subluxation de la hanche droite, nécessitant une *ostéotomie de redressement à gauche en novembre 1929.*

En janvier 1931. — Hanche solide mais assez peu souple.

En avril 1932. — L'enfant se tient sur le côté gauche sans bascule du bassin. — Boiterie à gauche légère sans bascule du tronc notable. — Raccourcissement : 1 cm. 5.

Mouvements : flexion à 135° ; adduction : 160° , abduction : nulle. Rotation externe à 160°. Rotation interne : nulle.

La radiographie montre une réduction intégrale de la tête dans un cotyle arrondi, à sa place normale, avec un toit situé exactement au-dessus d'elle qu'il

déborde en dehors. Mais, attitude vicieuse de l'extrémité supérieure du fémur en abduction et rotation externe forcée, et vestige de l'ostéotomie sous-trochantérienne qui a remis le membre en rectitude.

OBSERVATION XII

J... Fille, 10 ans. — Luxation bilatérale réduite à 3 cm. 1/2 le 10 avril 1923. — Traitement poursuivi sans incidents jusqu'au 4 octobre 1923. — Le 16 avril 1924, la radiographie montre une reluxation à gauche ; on la réduit et on immobilise en extension et abduction de 145°. — Le 6 mai 1925 l'enfant marche correctement à droite, avec une légère boiterie à gauche. De ce côté on note un raccourcissement de 1/2 cm. et la radiographie montre que la tête réduite est légèrement subluxée en haut. — Le 27 décembre 1926, la boiterie est un peu plus marquée le raccourcissement de 1 cm. — Le 28 décembre 1927, la radiographie montre une très bonne réorganisation de la hanche droite, et à gauche une subluxation assez marquée.

On met la malade en traction la nuit.

Le 13 octobre 1930. — La boiterie a plutôt augmenté. — Raccourcissement : 2 cm. — Le signe de Trendelenburg est positif, mais peu accentué.

On opère avec l'idée de stabiliser la hanche dans sa position de subluxation, craignant qu'une butée, faite en réduction, détermine une enkylose, ou du

moins une raideur. — La capsule est décollée à la rugine au niveau du toit sans ouvrir l'articulation et sans pousser loin en dedans et on place 3 greffes ostéo-périostiques.

Le 9 septembre 1932. — Boiterie peu apparente donnant l'impression d'un raccourcissement. Elle augmente par la fatigue, et il y a parfois quelques douleurs. — Raccourcissement : 2 cm.

Trendelenburg négatif. On a l'impression d'une capsule trop lâche qui permet à la tête de se mettre en antéverson exagérée.

OBSERVATION XIII

G... Fille, 14 ans. — Luxation bilatérale accentuée iliaque, réduite à 3 ans 1/2, le 15 juillet 1919, normalement à gauche, plus difficilement à droite. — A la fin du traitement on a noté qu'à droite la tête fémorale était un peu externe.

Le 4 octobre 1929. — A 14 ans, la malade est revue. Elle allait très bien, ne boitait pas, mais se fatiguait un peu vite. Il y a un an elle a ressenti une faiblesse de la jambe droite ; depuis trois semaines elle souffre et boite. — L'examen clinique est négatif ; les membres ont la même longueur et les mouvements sont entièrement libres. Léger signe de Trendelenburg à droite.

La radiographie montre à droite une cavité absolument plate.

Intervention le 13 octobre 1929. — Membre en abduction sans forcer. — Immobilisation de deux mois.

Le 19 juin 1930. — La malade se sent plus forte et n'a plus de douleurs. Il persiste une légère boiterie. Le signe de Trendelenburg est à peine ébauché.

En novembre 1930, après des marches un peu longues, épisode douloureux qui dura 8 jours.

Le 7 septembre 1932. — La malade n'a plus souffert. Elle boite très peu et peut faire 4 km. sans que la boiterie augmente ; elle est satisfaite.

OBSERVATION XIV

B... Femme, 28 ans. — Luxation gauche réduite à 3 ans. Persistance de douleurs à la marche s'accroissant à 11 ans 1/2 sous forme de crises violentes trois ou quatre fois par jour et obligeant l'enfant à cesser de marcher. Augmentation de la boiterie. On met une culotte plâtrée pendant 3 mois ; la malade est soulagée et ne conserve qu'une légère boiterie. — A 15 ans, réapparition des douleurs à la marche ; la claudication est cependant faible.

La radiographie montre un cotyle peu profond au toit relevé, recouvrant les 2/3 de la tête qui est légèrement subluxée en haut.

A 23 ans, la malade se marie et a 3 enfants.

A 28 ans, la douleur augmente et la boiterie s'accroît.

Les mouvements sont normaux, sauf une légère

limitation de l'extension-flexion et de l'extrême abduction. — Raccourcissement : 1 cm.

Trendelenburg faiblement positif.

La radiographie montre un tête mal emboîtée dans un cotyle peu profond, sans signes d'arthrite sèche.

La malade demande à être opérée.

Intervention le 16 septembre 1931. — Suites compliquées par une phlébite qui se résout en 2 mois. — Depuis janvier 1932, la malade a repris la vie normale, ne souffre plus même après les marches longues et la boiterie a beaucoup diminué. — Les mouvements sont normaux, mais la malade a de la difficulté à lever la jambe tenue raide.

Trendelenburg ébauché.

Conclusions

I. — La réfection opératoire du toit du cotyle par le procédé du Professeur Nové-Josserand s'inspire de la réadaptation spontanée de la hanche luxée après réduction orthopédique ; l'abaissement de la capsule et du bourrelet glénoïdien permet la reconstitution du toit près de sa place normale, et l'interposition de greffes ostéo-périostiques apporte à l'os iliaque un matériel ossifiable qui se modélera sur la tête fémorale.

II. — Ce procédé opératoire donne des toits anatomiquement bons, placés exactement sur la tête qui les façonne ; les résultats fonctionnels ont été constamment excellents ; quelques malades donnent l'impression d'une guérison complète, et notamment d'une disparition de la boiterie qui n'est obtenue que rarement par les autres procédés de réfection ostéoplastique du toit.

III. — Ce procédé s'applique seulement aux enfants âgés de moins de douze ans, spécialement aux enfants jeunes.

IV. — L'indication type est donnée par les luxations congénitales. Les luxations à cotyle instable, chez les enfants de moins de dix ans, en bénéficient après réduction préalable ; après cet âge, la réduction expose à des raideurs qui font rejeter le procédé.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	NOVÉ-JOSSERAND.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 22 Novembre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université.

KLEINCLAUTZ.

NOTICE

On ne trouvera pas à cette place de références bibliographiques, rien n'ayant été publié jusqu'ici sur le procédé du Professeur Nové-Josserand exposé dans ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
La méthode du Professeur Nové-Josserand.....	13
I. Technique opératoire dans les subluxations.....	15
II. Technique opératoire dans les luxations.....	17
Les résultats	19
Addendum	26
Indication de la méthode	27
Observations	29
Conclusions	49
Notice	51

